

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

322

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul SUSINI

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA

Syphilis des Indigènes d'Algérie

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul SUSINI

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA

Syphilis des Indigènes d'Algérie



Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	N.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	HUTINEL
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	QUENU
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique.	BRINDEAU
Clinique chirurgicale infantile	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique.	A. BROCA
Clinique oto-rhino-laryngologique.	ALBERT ROBIN
	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'ALGER

MM. les Professeurs BRAULT (*in memoriam*),
ARDIN - DELTEIL, CANGE, CURTILLET,
GILLOT, ROUVIER, VINCENT.

MM. les Docteurs BEN - HAMOU, RAYNAUD,
SALIÈGE.

Médecins des hôpitaux

M. le Docteur COCHEZ

Chirurgien des hôpitaux

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MM. les Professeurs FAURE, JEANSELME

M. le Docteur MICHON

Chirurgien des hôpitaux

A MES MAITRES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE
COLONIALE DE PARIS

MM. les Professeurs BERNARD, BRUMPT, BEZAN-
ÇON, DE LAPERSONNE, ROGER.

MM. les Professeurs agrégés LECÈNE, TANON

A M. le Professeur JEANSELME

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*En hommage de reconnaissance pour
l'accueil bienveillant qu'il nous a fait lors
de notre passage comme externe dans
son service et pour le grand honneur
qu'il veut bien nous faire en présidant
notre thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552810_0073

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA

Syphilis des Indigènes d'Algérie

INTRODUCTION

L'étude de la pathologie exotique montre que les maladies communes à l'Europe et aux colonies présentent souvent des différences d'évolution.

On s'est demandé si le terrain n'était pas un gros modificateur des propriétés biologiques du microbe, et Marchoux de l'Institut Pasteur de Paris, en ce qui concerne le pneumocoque, a pu confirmer *in vitro* cette hypothèse en augmentant la virulence de ce microbe par l'addition de sang nègre dans le milieu de culture. Comment a pu se modifier ce terrain ? En dehors des questions de climatologie, d'hérédité, nous croyons utile d'attirer l'attention sur l'intérêt capital que présente la connaissance des mœurs et de la religion du pays intéressé, l'organisation médicale et la manière dont peuvent être établies les statistiques.

En Algérie, en particulier, le fatalisme musulman joue un rôle primordial dans l'évolution de beaucoup de maladies. Pendant l'année que nous avons passée dans le service d'urologie du Dr Michon, nous avons été frappé du nombre peu élevé de rétrécis nécessitant l'intervention et d'infiltration d'urine, comparativement à ce que nous avons pu voir dans les services de chirurgie des hôpitaux d'Alger. Doit-on conclure à une virulence particulière du gonocoque en Algérie ? Nous ne le croyons pas. L'indifférence que l'indigène affecte vis-à-vis de l'urétrhrite ou l'impuissance du traitement employé suffit largement pour en expliquer cette évolution.

Il en est de même pour la syphilis qui se présente en Algérie sous des aspects assez différents de ce qu'elle est en France. L'objet de ce travail va consister à essayer de montrer, qu'en dehors du rôle évident du terrain modifié par des facteurs physiologiques et pathologiques, la connaissance des mœurs et coutumes indigènes sera suffisante sur bien des points pour expliquer ces différences d'évolution de la syphilis des indigènes d'Algérie.

CHAPITRE PREMIER

La syphilis a-t-elle été introduite en Algérie par les Français ?

L'histoire de la syphilis, en France, montre que les formes graves du tertiariisme vont en s'atténuant, tout au moins en surface, et ceci a fait dire que la syphilis est devenue moins grave parce que sa diffusion extrême a pu atténuer sa virulence pour la descendance des sujets contaminés.

Au contraire, en Algérie, la syphilis apparaît sous une forme « moyenageuse », peut-on dire ; elle est toute en surface, souvent mutilante, et l'on s'est demandé si elle n'était pas une syphilis maligne précoce. De plus se basant sur la rareté d'accidents nerveux, Scherb en 1901, pense qu'on se trouve en face d'une syphilis récente introduite par les Français, et cette opinion est encore partagée par beaucoup.

Nous ne pouvons pas nous ranger d'une façon aussi catégorique à cet avis. Certes la littérature médicale arabe est assez sobre en documents cliniques, mais on ne doit pas oublier qu'à la fin du xiv^e siècle, date où la syphilis semble faire son apparition un peu partout, l'Islam est décadent, l'imprimerie inconnue, et en Algérie notamment les quelques rares méde-

cins qui exercent ne sont que des empiriques.

Cependant, un auteur, Léon l'Africain, né à Grenade vers la fin du ^{xv}^e siècle, qui, après avoir parcouru tout le bassin méditerranéen fut recueilli à Rome par le pape Léon X, écrit au sujet de la syphilis :

« Quant à ce mal qu'on appelle en Italie : mal
« français, en France : mal de Naples, je ne pense
« que la dixième partie des villes de Barbarie en soit
« échappée. Le mal vient des juifs, que Fernand, roi
« d'Espagne, expulsa de son royaume, lesquels vin-
« rent en Barbarie, là où quelques méchants Maures
« se couplèrent avec les femmes de ces Juifs. De là
« il commence à infecter toute la Barbarie, tellement
« qu'il ne se trouve génération que ce mal n'ait
« entaché. Les Africains l'appellent : mal d'Espagne;
« ceux de Tunis : mal français, en imitant les Italiens
« sur lesquels il a bien fait connaître comment il sait
« miner jusqu'aux entrailles. Pareillement il a eu
« son cours en Egypte et en Syrie. »

D'autre part, le cheik Daoud el Antoki qui pratiqua la médecine au Caire en 1596, dans son traité de médecine indique déjà le traitement par les frictions mercurielles et pilules de mercure.

De plus un médecin militaire, Leclerc, qui fait partie d'une colonne pénétrant en Kabylie en 1854, signale que près du tiers des malades qui se présentent à sa consultation ont des lésions syphilitiques.

Il semble donc établi, que quelqu'en ait été la porte d'entrée, la syphilis existait en Algérie, bien longtemps avant notre occupation.

CHAPITRE II

Fréquence de la syphilis

Si les Français ne sont pas responsables d'avoir introduit la vérole en Algérie, il doit être au moins admis que les communications y étant devenues plus faciles, les échanges commerciaux plus fréquents, la syphilis ne peut que s'accroître.

On ne peut citer d'une façon sérieuse aucun chiffre, car qui a vécu aux colonies, connaît le peu de valeur que l'on peut accorder à des statistiques où l'indigène rentre en jeu.

Il n'y a en effet aucun terme de comparaison entre l'organisation médicale aux colonies et celle de la France.

Le médecin la plupart ignorant des dialectes locaux, tout au moins dans les débuts de sa carrière, s'occupe d'une population de 30 à 50.000 habitants, répartis sur un territoire d'une superficie équivalente à un arrondissement français et de plus dépourvu de tout moyen moderne de communication. Si l'on ajoute à cela les facteurs dus à la mentalité de l'indigène, on peut se rendre compte de la difficulté à établir une statistique ayant une valeur quelconque.

Tous les médecins ayant exercé quelque temps en Algérie s'accordent à reconnaître la méfiance de l'indigène devant l'interrogatoire, surtout si l'on a le malheur de vouloir prendre quelque notes devant lui.

De plus, la coutume musulmane n'admet pas que l'on puisse demander à quelqu'un des renseignements quels qu'ils soient concernant une de ses femmes. Et du reste, ils n'amènent celles-ci dans les consultations, la plupart du temps que dans les cas graves et jamais ou infiniment peu pour une affection siégeant aux organes génitaux.

Pour lui-même, déjà, l'indigène fait preuve d'une pudibonderie excessive, tout au moins devant le médecin. Prendre une température rectale demande une diplomatie sérieuse.

D'autres raisons incitent l'indigène à ne pas fréquenter les consultations autant que son état de santé devrait lui permettre.

L'indigène est avant toute chose fataliste, la maladie envoyée par Dieu doit être guérie par lui ; le médecin n'est que l'inspiré de Dieu. Cela explique que les marabouts indigènes cumulent des fonctions médico-religieuses. Du reste n'en a-t-il pas été de même pendant longtemps en Europe. Cet état d'esprit permet souvent à l'indigène de se passer du médecin français et ce n'est que quand il a constaté plusieurs fois des guérisons inespérées ou rapides d'un corréligionnaire qu'il se risque à venir à la consultation. Encore faut-il que le traitement soit court, ou sans

cela l'indolence et la résignation musulmane, auront vite fait de décourager le malade.

Pour éviter l'un des inconvénients cités plus haut : l'éloignement du médecin français, on a contraint celui-ci à faire des tournées fréquentes dans les douars. Malgré cela, en 1912, sur une population indigène de près de 5 millions et malgré la gratuité de la consultation et des médicaments, on ne relève que 514.467 consultations.

En ce qui concerne les hospitalisations, la différence est encore plus accentuée.

En 1891 pour 484.465 européens il y a 27.438 hospitalisations et pour 3.559.687 musulmans, 7.423. En 1905 pour 641.295 européens 36.719 hospitalisés, pour 4.098.261 indigènes 16.973.

En général, l'indigène n'aime pas l'hôpital, la discipline assez rigoureuse des hôpitaux, qui sont en Algérie la plupart militarisés, ne l'attire pas. De plus le Coran défend d'une façon absolue certains mets : porc, graisse : cette dernière entrant dans presque tous les aliments préparés par les hôpitaux, l'indigène préfère souvent sortir non guéri que de s'alimenter ainsi.

Pour parer à cet inconvénient on a créé en 1905 des infirmeries réservées aux indigènes situés un peu partout dans les communes mixtes et l'on a pu en peu de temps doubler ainsi le chiffre des hospitalisations qui en 1912 atteignait 30.000.

On voit donc qu'il est assez difficile de se faire une idée exacte de la nosographie indigène.

Malgré cela tous les auteurs algériens sont d'accord pour admettre que 50 à 80 o/o des indigènes sont porteurs de lésions syphilitiques.

Cependant M. Raynaud, inspecteur général des services d'hygiène en Algérie, dans une mission en Aurès, ne rencontre que 120 syphilitiques sur 800 consultants.

Le Dr Cambillet, médecin de colonisation, note un tiers de ses malades atteints de syphilis. Le Dr Lacapère, au dispensaire de Fez, 70 o/o.

Or ces chiffres semblent assez élevés relativement à ce que l'on voit en France.

Il est cependant assez facile à admettre, si l'on connaît la façon de vivre de l'indigène. La vie en commun est la vie la plus commune que l'on puisse imaginer. Sous une vaste tente ou un gourbi en terre, autour du chef de famille, grouille, à demi vêtus, plein de vermine et de crasse : les femmes, mères, enfants, buvant à un pot à eau unique, se servant du même linge, etc...

Que l'un des occupants soit contaminé, tous les autres ne tarderont guère à l'être. Et de fait l'origine extra-génitale de la maladie y est très fréquente. De plus, dans les milieux plus aisés, l'homme est polygame, ce qui augmente ainsi la dissémination de la maladie.

Une pratique heureusement de plus en plus abandonnée vient encore accroître les moyens de contagion : la variolisation qui est pratiquée de bras à bras par les indigènes.

Il ne faut pas non plus oublier la circoncision qui est pratiquée chez les enfants à sept ou huit ans, naturellement sans aucune préoccupation d'asepsie.

En ce qui concerne les autres sources de contagion, on peut dire que l'adultère, le divorce et la prostitution y sont répandus, pour le moins, au même titre qu'en France.

Somme toute, la syphilis en Algérie est très répandue, parce qu'en plus d'être une maladie vénérienne, elle est aussi une maladie sociale. Du reste dans la statistique du Dr Cambillet, on note sur 800 syphilitiques 72 ayant moins de dix ans, 83 moins de vingt ans, ce qui est loin de la proportion métropolitaine.

CHAPITRE III

Allure clinique

Si la vérole dans ses grandes lignes est à peu près identique en Algérie qu'en Europe, on note dans son évolution des différences assez sensibles, pouvant la faire confondre facilement avec une syphilis maligne précoce. Effectivement la période secondaire semble fugace, le chancre souvent phagédénique coexiste souvent aussi avec des lésions tertiaires graves. D'autre part on admet l'absence de complications nerveuses ou viscérales.

Paire en 1909 a montré que la syphilis maligne précoce vraie, atteignait à peine 10/0, en s'appuyant sur 900 observations.

Nous allons maintenant étudier quelques particularités qui ont fait naître des opinions souvent différentes et ont pu amener la confusion avec la syphilis maligne précoce.

Chancre. — En se reportant à ce que nous avons écrit précédemment au sujet de certaines coutumes indigènes, il est assez facile de prévoir pourquoi on ne rencontre pas ou peu de chancre, et pourquoi on le voit souvent quand la période tertiaire commence.

Le Dr Raynaud sur 120 syphilitiques rencontrés en mission ne voit pas un seul chancre. Le Dr Gros, de Rebeval, en note 4 sur 1670. Broc 9 sur 500 à l'hôpital de Tunis. Une seule statistique, celle de Lévy-Bing 133 sur 478, mais il y a lieu de tenir compte qu'il s'agit d'un centre de vénérologie militaire, c'est-à-dire d'hommes visités périodiquement sur lesquels la syphilis a été dépistée dès le début.

Le médecin-major Aubert en garnison dans le Touat écrit à ce sujet : « Il est rare que l'on vienne
« consulter pour un chancre banal. On pense que le
« traitement indigène suffira. Mais lorsque, après
« plusieurs jours de traitement infructueux, il s'aper-
« çoit que le bouton n'est pas cicatrisé, il vient à
« l'infirmerie et on constate cinq fois sur dix un
« chancre phagédénique à proportion exagéré sié-
« geant sur le gland ou le fourreau rongéant pro-
« gressivement les parties saines, à fond sanieux
« d'aspect gris sale et présentant un grand diamètre
« transversal.

« Le traitement indigène du chancre ne serait peut-être pas étranger à ce phagédénisme. »

Effectivement ce traitement est le plus inattendu et le plus varié qu'il soit : bouse de vache, citron pressé sur l'ulcération, etc.

D'autre part on ne doit pas oublier, que plus de la moitié des chancres sont des chancres mixtes et multiples et qui arrivent par leur réinoculation et le traitement indigène à constituer ces énormes placards de phagédénisme.

Période secondaire. — Pour expliquer le peu de fréquence de la roséole il n'est pas nécessaire de faire jouer un rôle important à la pigmentation cutanée exagérée des indigènes, car avec quelque peu d'habitude on y constate des exanthèmes dus au typhus ou des rougeoles.

Évidemment ces roséoles, sont ou fugaces et par conséquent pas constatées, ou subissent, en l'absence de traitement, une transformation papulo-ulcéreuse.

Lacapère nous dit : « Le passage de la période
« secondaire à la période tertiaire se fait insensible-
« ment. Les accidents secondaires non soumis au
« traitement se raréfient progressivement pour cons-
« tituer des lésions plus localisées, plus infiltrées.
« Elles passent ainsi par une phase secundo-tertiaire
« qui fait la transition entre la période de générali-
« sation et la période de localisation des accidents
« spécifiques. »

Gros essaye de suivre cette évolution ; sur 1.670 syphilitiques, 993 soit 60 o/o ne sont présentés qu'une fois ; il relève dans ceux qu'il a pu revoir une à deux fois : 71 accidents secondaires, dont une trentaine entre deux et cinq mois et le reste entre six et vingt-quatre mois. Ce qui semble montrer, autant qu'on le peut avec de pareilles statistiques, que la période secondaire n'est pas toujours fugace.

Lésions viscérales. — Ce même auteur à propos des lésions viscérales nous dit : « Nous ignorons
« totalement la fréquence des lésions viscérales. La
« néphrite est particulièrement très fréquente chez

« les Kabyles. Quelle est la part de la syphilis dans
« l'étiologie de cette affection. Nous l'ignorons tota-
« lement. Certaines cirrhoses du foie avec ascite ne
« sont pas rares, un certain nombre relève assuré-
« ment de la syphilis. Je suis convaincu que la syphi-
« lis pulmonaire n'est pas rare, elle est souvent con-
« fondue avec la tuberculose. J'ai vu un cas très net
« terminé par la mort. Chez ce malade il me fut
« impossible de trouver des bacilles dans les cra-
« chats, et il n'y eut pas d'ophtalmo-réaction. »

Le Dr Pouponneau, du Maroc, écrit à propos du
traitement indigène : « Le lechba el aoud n'est pas
« en effet sans présenter des dangers sérieux qui le
« font redouter des indigènes. On lui attribue des
« décès qui surviendraient pendant la cure au milieu
« d'une dépression physique et intellectuelle et qui
« pourraient être dus plutôt à des myocardites ou
« néphrites spécifiques. »

CHAPITRE IV

La syphilis nerveuse existe-t-elle chez les indigènes ?

Cette question ayant été tellement controversée, que nous croyons devoir ouvrir un chapitre spécial à ce sujet.

Claude Bernard écrit : « J'ai constaté dans plusieurs
« races de chiens et de chevaux des caractères psy-
« chologiques tout à fait particuliers qui sont relatifs
« à des degrés différents dans les propriétés de cer-
« tains éléments histologiques, particulièrement du
« système nerveux. »

Peut-on donc, étant donné l'existence de caractères psychologiques différents entre les musulmans et les européens, admettre que leurs systèmes nerveux soient biologiquement différents, pour expliquer l'absence de manifestations nerveuses spécifiques chez les premiers ?

De plus en dehors des différences psychologiques, il y en a une autre assez importante : l'alcool. L'arabe à part quelques rares exceptions est un abstinant.

Cependant est-ce qu'en France tous les syphilitiques faisant des accidents nerveux sont alcooliques ? Beaucoup sans doute, mais pas tous.

Le Dr Montpellier, d'Alger, se basant sur une quarantaine d'observations, — où la syphilis avait provoqué une modification notable du liquide céphalo-rachidien chez des indigènes de tout âge, de toutes conditions, issus de régions diverses d'Algérie, ne présentant pas de signe d'alcoolisme, — écrit : « Les
« très nombreux auteurs qui depuis la conquête ont
« écrit sur la syphilis en Algérie sont unanimes peut-on
« dire à répéter que les manifestations nerveuses
« spécifiques sont extrêmement rares, sinon incon-
« nûes chez nos indigènes. Il semblerait que le sys-
« tème nerveux des Musulmans fut en quelque sorte
« systématiquement respecté par le virus syphilitique,
« soit que leur arbre cellulo-spinal, pour des raisons
« diverses, reste moins sensible au tréponème que
« celui des Européens, soit que le tréponème qui a
« cours en Algérie ait des aptitudes moins neurotropes.
« A peine si je ferai quelques réserves sur la para-
« lysie générale et le tabes. »

Sicard et Lévy-Valensi, en pratiquant la ponction lombaire chez des indigènes syphilitiques notent les mêmes phénomènes.

Lacapère dans une statistique concernant le dispensaire de Fez note 45 cas de syphilis nerveuse sur 835 manifestations diverses.

En ce qui concerne la paralysie générale la question est loin d'être tranchée. Existe-t-elle ? si oui, la rencontre-t-on seulement chez les indigènes civilisés (intellectuels ou alcooliques) ?

Scherb, dans une communication faite à la Société

de Neurologie en 1901, se basant sur ce qu'il n'a jamais rencontré de paralysie générale émet l'hypothèse, que les arabes sont réfractaires à cette maladie parce que trop récemment infectés par les français, le terrain n'est pas encore préparé.

En 1902, Battarel, qui a pu réunir dans sa thèse 24 observations de paralysie générale, note qu'elle est rare, présente des tendances à la violence, frappe de préférence les indigènes en contact avec les européens. Il admet comme étiologie l'alcool plutôt que la syphilis, car l'interrogatoire de 13 paralysies générales ne lui a révélé qu'un seul syphilitique. Mais nous nous demandons si étant donné la négation habituelle de l'indigène, l'absence de Wassermann, on doit admettre sans critique cette opinion. De plus à ce moment-là attribuait-on au signe d'Argyll, dont il n'est pas fait mention, la même valeur étiologique qu'aujourd'hui ?

En ce qui concerne la provenance des indigènes, il y en a 10 qui habitent les villes, ou sont alcooliques, ou exercent des professions plus ou moins intellectuelles, 4 sont du bled ; il y a absence de renseignements sur les 10 autres qui semblent être du bled pour la plupart.

D'autre part le Dr Marie, ne voit dans la croyance à l'immunité des Arabes pour la paralysie générale, qu'une légende depuis qu'au cours d'une mission en Egypte il a examiné les Arabes aliénés de l'asile du Caire. Sur 1901 présents, il relève 46 cas de paralysie générale soit 2,5 o/o. Il s'agit naturellement

d'indigènes venant de toutes les régions de l'Egypte.

D'autres auteurs ont voulu faire une distinction entre les Arabes des villes et ceux de l'intérieur, soit, suivant les hypothèses que l'arabe citadin aurait contracté des habitudes de boissons (Dodieu), soit qu'il y ait suivant la latitude une réaction biologique microbienne différente (Colin).

« Trop de paralytiques généraux ont été sobres,
« un trop grand nombre d'entre eux ne s'est livré à
« aucun travail intellectuel pour que les statistiques
« permettent d'attribuer une part prépondérante à
« ces facteurs étiologiques très subjectifs d'ailleurs.
« La question se trouve donc résumée à l'appré-
« ciation respective de la valeur du terrain et de la
« nature de la graine.

« Les partisans du rôle considérable joué par la
« civilisation dans l'éclosion de la paralysie générale
« tirent un argument de la rareté de la maladie céré-
« brale chez les Arabes et chez les jaunes où la
« méningo-encéphalite croît au fur et à mesure que
« progresse la civilisation.

« Nous ne croyons pas qu'il y ait relation directe de
« cause à effet entre le progrès de la civilisation, le
« surmenage, l'intensité de la vie urbaine et l'accrois-
« sement de la paralysie générale. Il faut à notre
« avis en chercher la cause dans la transmission d'un
« microbe de virulence différente. Ces variations
« microbiennes suivant la latitude, ne sont pas un
« fait nouveau qui doivent surprendre, il a été sou-
« vent noté dans la science, et le vaccin de Vincent

« qui donne de beaux résultats à Paris est inefficace
« au Maroc. »

D'autre part, le professeur Régis dans une leçon faite à Sainte Anne, le 13 mars 1914, note que, chez les Orientaux, la paralysie générale augmente avec la civilisation, mais c'est surtout dans les ports, chez ceux qui ont pris la maladie à des souches non autochtones.

De plus, une autre hypothèse soutient que les méningo-encéphalites ne se développent que chez des syphilitiques n'ayant que peu ou pas d'accidents cutanés. Vu la fréquence et la gravité de ces derniers chez les indigènes, on peut se demander si ces lésions ne jouent pas un rôle analogue à celui d'un abcès de fixation.

A notre avis, en dehors de toutes ces hypothèses qui ont leur part de vraisemblance, nous croyons que l'attention n'a pas été suffisamment attirée sur un facteur purement psychologique : la conception musulmane de la folie.

Toutes les sociétés primitives se sont faites de la folie une conception particulière, l'envisageant non comme une maladie mais comme une manifestation de puissance surnaturelle.

Cette conception d'origine populaire reçut, plus tard, l'appoint des doctrines philosophiques et ainsi fortifiée put se perpétuer à travers les âges.

Pour l'arabe, le fou reste un inspiré et du reste il l'appelle : mej'noun, ce qui littéralement signifie : être attiré à Dieu. Ne considérant donc pas la folie comme

une maladie, il n'y a par conséquent pas de traitement. Si le fou est placide, il devient l'objet de vénération, ses désirs sont des ordres ; et bien souvent il devient un capital pour sa famille, car il pourra s'emparer sans impunité de toutes sortes d'objets, même de la femme du voisin ; et l'on ne songe pas à s'en débarrasser, loin de là. Au contraire, si le fou devient par trop agité, et trop dangereux pour ses voisins, on le croit inspiré du Démon et l'on songe à s'en débarrasser en l'enfermant, ou, en le battant pour en chasser les mauvais esprits.

Dans tous les douars d'Algérie il ne s'en trouve peut-être pas un seul qui n'ait en liberté quelques aliénés se livrant aux exploits les plus extraordinaires. Un aliéniste d'Alger, le Dr Rouby, a voulu dans un mémoire, *Les aliénés en liberté*, attirer l'attention des pouvoirs publics à ce sujet en réunissant de nombreuses observations de crimes commis par ces malheureux.

En Algérie, soit pour des raisons politiques ou budgétaire, il n'y a pas d'asile d'aliénés. Ceux que leur famille veut bien conduire dans les hôpitaux de la colonie, après une courte période d'observation sont envoyés, dans les limites du budget et s'ils présentent un « danger public », dans les maisons d'aliénés de la métropole (Aix principalement), ou bien remis à leur famille.

Il ne peut donc en résulter que des statistiques les plus inexactes, car si les familles, qui bien souvent hésitent à faire interner leurs aliénés loin de chez

eux, avaient la possibilité de les soigner sur place, de ce chef il est incontestable qu'un certain nombre de chroniques (idiots, épileptiques ou paralysie générale) augmenterait la proportion de déments hospitalisés. En France le chiffre connu des aliénés dans une région au moment où un asile spécial s'y crée, double au bout des cinq ans qui suivent son ouverture.

D'autre part va naître cette idée que l'aliéné algérien est violent.

Bouquet dans sa thèse dit : « quand il mourra « simple paralytique général qui eut été en Europe « catalogué dans les statistiques des asiles d'aliénés, « on lui élèvera une Kouba et sa sépulture deviendra « un lieu de pèlerinage. »

Le hasard d'une promenade nous a fait rencontrer un de ces paralytiques générales ignoré, dont nous rapportons une observation, incomplète, et peut-être bien discutable.

M... Y., quarante ans (?) domestique depuis longtemps, a toujours habité l'intérieur. Ne se souvient pas quand il a contracté la syphilis. Avoue avoir pris il y a quelques années de l'iodure de potassium pour des « boutons ». Chute de cheveux depuis six à sept ans, leucoplasie buccale. N'avoue aucune habitude d'alcoolisme, suit strictement sa religion.

Depuis quelques années : céphalée par intermittence, cauchemars. Quand nous voyons ce malade il est à la veille d'être renvoyé.

Il se présente avec une démarche légèrement oscillante, bute quelquefois dans les portes ; d'allure joviale mais très distrait, ne prête pas longtemps attention à ce qu'on lui dit ; il répond avec un peu d'hésitation à différentes questions, mais on ne constate pas de tremblement bien net de la langue.

Depuis quelques mois il perd la mémoire, oublie souvent d'exécuter des ordres, oublie de faire des achats ou de les solder, laisse le feu s'éteindre pendant la préparation des aliments, et brise fréquemment de la vaisselle.

Il y a trois mois il a été surpris en prière dans sa cuisine alors qu'il ne répondait pas à un appel. Depuis le même fait a été constaté plusieurs fois ; il occupe ses loisirs à aller prier sur les kouba, il dit à son entourage qu'il deviendra marabout.

Il était devenu complètement insensible à toutes les observations, protestant toujours de son innocence en prenant Dieu à témoin.

Il nous est difficile de faire un examen, mais on peut noter de l'anosmie, car il a présenté plusieurs fois des plats brûlés dont il niait l'odeur évidente cependant ; nous constatons une inégalité pupillaire très nette à gauche. Argyll-Robertson. Pas de ponction lombaire, ni Wassermann.

1 Nous n'avons plus de nouvelles de cet indigène.

En dehors de chiffres de Battarel, Livet, dans sa thèse, note 8 paralytiques généraux sur 207 observations d'aliénés, soit 4 o/o, deux présentent des signes d'alcoolisme et sont des citadins.

Sur 13 paralytiques généraux rencontrés de 1890

à 1902 par Monestier à l'Asile d'Aix, il y a 5 citadins présentant des signes d'alcoolisme, les 8 autres habitent le bled.

Ces 13 paralytiques représentent 9,77 o/o des aliénés indigènes en traitement.

On voit donc qu'il est assez difficile d'avoir une opinion bien nette, en se basant sur les chiffres d'hospitalisations des indigènes aliénés. A ce sujet il faut remarquer qu'en 1914 le pourcentage des hospitalisations pour toutes les maladies est de 0,75 o/o pour les indigènes, même en tenant compte des infirmeries indigènes, contre 8 o/o chez les européens.

En somme, les statistiques indiquent de 4 à 9,77 o/o de paralytiques généraux chez les aliénés indigènes, tandis que dans la métropole, d'après Régis, pour les villes le chiffre est de 25 o/o, pour les campagnes 6 o/o. Quoique à notre avis le chiffre moyen des paralytiques généraux indigènes 6 o/o ne réponde pas à la réalité, on voit qu'il se rapproche de celui donné pour les populations rurales françaises.

Je crois donc, que tout en tenant compte de l'influence non douteuse du traumatisme urbain et alcoolique, c'est-à-dire de la civilisation, il y a place pour une autre hypothèse expliquant la rareté de la constation de la paralysie générale : la conception musulmane de la folie.

En dehors des paralysies générales, les statistiques concernant les aliénés nous montrent un chiffre important de confusion mentale, de mélancolie, quelle est la part du tréponème dans ces affections ?

L'insuffisance des documents que nous avons pu étudier ne permettent pas de répondre à cette question. Le nombre des épileptiques indigènes paraît assez élevé dans la statistique de Livet établie de 1900 à 1910. On en note 19 presque autant que le chiffre des européens : 20. Nous pouvons faire la même réponse que précédemment.

Nous n'avons pas relevé de cas de tabes. Existe-t-il chez les indigènes. Nous croyons que seule une longue et pénible enquête dans le « bled » algérien résoudrait cette question. D'autre part on a signalé des paraplégies, il n'est pas douteux que nombre de celles-ci ont le tréponème pour origine.

En résumé, nous ne croyons pas *à priori*, que l'on puisse nier l'existence des manifestations nerveuses syphilitiques chez les indigènes. Pour diverses raisons, elles sont souvent méconnues et il est très difficile de pouvoir affirmer si elles sont plus ou moins fréquentes qu'en France.

CHAPITRE V

Le Terrain. — La Graine

En somme nous avons vu jusqu'ici, que les différences d'évolution de la syphilis étaient dues à des considérations d'ordre plutôt psychologique.

N'y a-t-il pas d'autres causes dues, soit au terrain, soit à la graine.

L'indigène s'alimente mal ou peu. La sobriété de l'indigène n'est qu'une légende, si l'arabe mange peu c'est qu'il n'a pas les moyens de faire autrement. Celui qui a assisté au pantagruélique repas des chefs indigènes ou arabes aisés est vite fixé sur la sobriété musulmane.

D'autre part nous ne croyons pas savoir que les indigènes alimentés normalement (tirailleurs, travailleurs coloniaux, etc.) gaspillent leurs aliments plus que les européens.

En outre l'indigène a un tube digestif très souvent parasité, par les oxyures, trichocéphales, etc..., ce qui ne peut qu'augmenter les effets d'une alimentation défectueuse.

2° L'indigène est le plus souvent atteint de palu-

disme qui aboutit, toujours par insuffisance de traitement, à l'anémie palustre, ce qui est susceptible d'aggraver la syphilis.

De plus Levaditi a montré le rôle important de la rate en ce qui concerne la destruction des tréponèmes. Cet organe déjà occupé par l'hématozoaire va-t-il pouvoir jouer complètement son rôle ?

Il semble que de plus en plus on admet la pluralité des spirochètes, et des observations nombreuses semblent confirmer cette opinion. Raynaud a rencontré dans l'Aurès une famille indigène composée de quatre membres, présentant tous une perforation du voile du palais. M. le professeur Jeanselme cite le cas de sous-officiers ayant contracté la syphilis à une source indigène et présentant du phagédénisme.

Etant donnée la différence du terrain sur lequel le spirochète évolue, ne semble-t-il pas qu'il acquiert ou perd certaines propriétés biologiques capables de se transmettre ?

Les races supérieures étant susceptibles d'adaptation au milieu, ne peut-il pas en être de même pour le spirochète ?

CHAPITRE VI

Prophylaxie

La syphilis par sa fréquence et sa sévérité présente pour l'Algérie un danger assez sérieux. Plus de 2.000 décès annuels sont dus à cette maladie ; avec le paludisme, ils constituent plus de la moitié de la mortalité des indigènes. Si la France qui sera réduite à 32 millions d'habitants dans vingt ans, veut que l'Algérie puisse continuer à jouer avec une plus grande efficacité encore le rôle qu'elle a remplie pendant la guerre, de réservoir de matériel humain ; il est nécessaire de faire un effort considérable pour améliorer la race et la conserver. Une prophylaxie intensive s'impose, c'est une question d'humanité et d'intérêt national. M. Jonnart, gouverneur général de l'Algérie en 1902, sous l'imitation des services d'hygiène a fait répandre des circulaires et tracts rédigés en arabe, indiquant les dangers de la maladie et la nécessité de suivre un traitement médical. Malheureusement la contagion sera toujours fréquente tant que les mœurs indigènes persisteront.

D'autre part quand l'indigène est soigné, ce qui est

très rare, l'iodure de potassium, et quelquefois quelques pilules de protoiodure constituent tout le traitement, c'est notoirement insuffisant.

Actuellement, à notre avis, le traitement arsenical doit constituer la base du traitement, car il n'augmente pas l'anémie alimentaire ou palustre habituelle de l'indigène ; au contraire on a signalé l'heureux effet des différents sels d'arsenic dans le paludisme. La technique actuellement simplifiée des injections intraveineuses des divers arsenicaux n'est plus un gros obstacle comme l'était celle du 606 qui exigeait plusieurs manipulations. Il est donc nécessaire que non seulement les médecins de colonisation, mais les auxiliaires médicaux aient le matériel voulu ou soient dressés à la pratique des injections intraveineuses.

A côté de ceux-ci n'y aurait-il pas lieu de créer un corps analogue d'auxiliaires médicales, car les femmes indigènes qui consentent déjà difficilement à venir au médecin français, ne se montrent jamais aux auxiliaires médicaux. L'expérience tentée avec des doctresses dans quelques cliniques des villes ayant donné des résultats très encourageants, l'intérêt reste le même dans le « bled ». Si l'on ne peut songer à y envoyer des européennes, on pourrait à peu de frais, essayer l'installation d'auxiliaires médicales femmes.

CONCLUSIONS

1° La syphilis existait en Algérie avant l'occupation française ;

2° Elle n'est pas une syphilis maligne précoce ;

3° Si elle est différente de la syphilis métropolitaine l'insuffisance du traitement en est la cause principale ;

4° Les manifestations nerveuses n'y sont pas rares. Etant donné la conception musulmane de la folie, trop d'aliénés échappent à un examen, pour que l'on puisse affirmer l'absence de paralysie générale. En tous cas le pourcentage de paralysie générale constaté chez les indigènes est sensiblement égal à celui constaté dans les populations rurales métropolitaines ;

5° Le terrain sur lequel évolue le spirochète est modifié : *a)* par des facteurs psychologiques ; *b)* par l'anémie alimentaire ou palustre ;

6° Evoluant sur ce terrain il se peut que le spirochète acquiert des propriétés biologiques différentes capables de se transmettre ;

7° La prophylaxie doit résider surtout dans le trai-

tement arsenical pour ne pas aggraver l'anémie généralement associée.

La création d'auxiliaires médicales femmes pourrait rendre service pour le dépistage et au besoin le traitement des femmes indigènes syphilitiques.

Le Doyen
ROGER

Vu : le président de la thèse,
JEANSELME

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Aubert.* — Topographie médicale du Touat (Bull. Médical de l'Algérie, mars 1910).
- Brault.* — Pathologie des Indigènes d'Algérie.
— Les religions devant l'hygiène dans les pays coloniaux (Ann. d'Hyg. Paris, 1903).
- Battarel.* — Quelques remarques sur la paralysie générale des indigènes. Thèse Montpellier, 1903.
- Bouquet.* — Les aliénés en Tunisie. Thèse de Lyon, 1908.
- Cambillet.* — Prophylaxie de la syphilis dans la commune mixte d'Aïn-Bessem (Bull. Méd., Algérie, juin 1909).
- Chérif-Amed.* — Histoire de la Médecine Arabe en Tunisie. Thèse Bordeaux, 1908.
- Chauffard.* — Syphilis nerveuse et virus neurotrope (Journal de Médecine et Chirurgie pratique, février 1920).
- Carles.* — Quelques considérations sur l'évolution de la syphilis chez les Marocains (Ann. Mal. vénér., avril 1907).
- Colin.* — Quelle est la forme de syphilis qui aboutit le plus à la paralysie générale (Gaz. des hôp., 1914).
- Di Pietra-Santa.* — Contribution des Arabes au progrès des sciences médicales (Journ. d'Hygiène de Paris, 1883).
- Dodieu.* — La paralysie générale chez les Arabes. Caducée, avril 1907.
- Fournier.* — Les affections para-syphilitiques.

Gros. — Sur la syphilis en Algérie (Bull. Méd. Algérie, mars 1911).

Jeanselme. — Cours de dermatologie exotique.

— Du traitement insuffisamment prolongé de la syphilis (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris, 1915).

— Les grandes étapes de la syphiligraphie française (Presse Médicale, sept. 1919).

— La condition des aliénés dans les colonies d'Extrême-Orient (Presse Médicale, 1905).

Kocher. — De la criminalité chez les Arabes. Thèse Lyon, 1883.

Lacapère. — Vue d'ensemble sur la syphilis tertiaire au Maroc (Presse Méd., 1918).

— La syphilis dans les pays arabes (Ann. Mal. vén., 1917).

— Le syndrome malin dans la syphilis (Paris Médical, mars 1920).

Levaditi. — Syphilis expérimentale.

Leclerc. — Histoire de la Médecine Arabe.

— Une mission en Kabylie.

Lévy-Bing. — Manifestations nerveuses chez les Arabes aux armées (A. M. V., 1917).

Montpelier. — Syphilis nerveuse chez les indigènes d'Algérie (A. M. V., 1919).

— Modifications du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis chez les indigènes d'Algérie (A. M. V., 1918).

Marie (Auguste). — La légende de l'immunité des Arabes relativement à la paralysie générale (Revue de Médecine, mai 1906).

— Le tréponème de la paralysie générale (Bull. de la Société clinique de Médecine mentale, 1914).

Paire. — La syphilis maligne précoce en Algérie. Thèse Montpellier, 1909).

Pouponneau. — Comment les indigènes marocains suivent le traitement du lechba (Paris Médical, mars 1920).

Raynaud. — Une mission dans l'Aurès.

— L'Hygiène et la Médecine au Maroc.

Rouby. — Les aliénés en liberté (Bull. Médical de l'Algérie, nov. 1908).

Statistique générale de l'Algérie de 1870 à 1914.

Scherb. — Société de Neurologie, juin 1906.

Sesary. — Pathogénie des affections parasymphilitiques (Presse Médicale, nov. 1909).

Sicard et Lévy Valensi. — Syphilis latente des Arabes (Marseille Médical, 1916).

